以健康管理为导向的基层门诊慢性病按人头付费标准测算研究——以北京市 H 区和 C 区为例

10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0483

倪剑潇[1]，高广颖[2]，赵宁[3]，李进[3]，徐嘉杰[3]，吴妮娜[2]，杨佳[2*]

基金项目：
国家医疗保障研究院开放性课题（YB2020B05）；首都医科大学学生科研创新项目（XSKY2021100）

1.100078 北京 方庄社区卫生服务中心党办
2.100069 北京 首都医科大学国家医疗保障研究院
3.100069 北京 首都医科大学公共卫生学院
*通信作者：杨佳，副教授，Email：yangjiakm@163.com

【摘要】门诊医疗服务是医保支付方式改革的重要组成部分，随着我国住院医疗服务医保支付方式改革的全面推进，门诊以按人头付费、APG 点数法等多元支付方式的改革将逐步提上日程。以慢性病为主探索按人头付费，顺应了从以疾病治疗为中心向以健康管理为中心转变的健康观。本研究基于国内外不同国家和地区按人头付费的实践，以北京市 C 区和 H 区为例，通过医疗、医保等基本医疗数据和基本公共卫生服务经费的分析，测算基层门诊主要慢性病按人头付费的标准，为推进门诊慢性病按人头付费改革提供参考。

【关键词】 医保支付方式改革；慢性病；门诊按人头付费；健康管理；标准测算

【中图分类号】 R1-9；R197 【文献标志码】 A

Study on the measurement of capitation for chronic diseases in Beijing——Take areas H and C as examples

NI Jianxiao[1]，*GAO Guangying*[3]，*ZHAO Ning*[2]，*LI Jin*[2]，*XU Jiajie*[2]，*WU Nina*[3]，*YANG Jia*[3*]

1.Beijing Fangzhuang Community Health Service Center ,Beijing 100078 ,China
2.Capital University of Medical Sciences National Institute for health care ,Beijing 100069 ,China
3.School of public health, Beijing Capital Medical University ,Beijing 100069 ,China
**Corresponding author: Yang Jia, associate professor; Email：yangjiakm@163.com*

【Abstract】 Outpatient medical service is an important part of the reform of medical insurance payment method. With the comprehensive promotion of the reform of medical insurance payment method of inpatient medical service in China, the reform of multiple payment methods such as capitation payment and APG point method will be gradually put on the agenda. Focusing on chronic diseases and exploring capitation payment conforms to the health concept from disease treatment to health management. Based on the practice of capitation payment in different countries and regions at home and abroad, taking District C and district h of

Beijing as examples, through the analysis of basic medical data such as medical treatment and medical insurance and basic public health service funds, this study calculates the standard of capitation payment for major chronic diseases in grass-roots clinics, so as to provide reference for promoting the reform of capitation payment for chronic diseases in outpatients.

【Key words】Medical insurance payment reform；Outpatient Department；Chronic diseases；Capitation；Health management

在健康中国战略背景下，医学模式正在由以治病为中心向以健康为中心转变，由此我国的医疗保障模式也将逐步由疾病经济保障型向健康管理型转变。2017 年国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）提出对基层医疗服务可实施按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合的付费方式。2019 年 7 月，国务院出台了《关于实施健康中国行动的意见》和《健康中国行动(2019—2030 年)》，强调慢性病防治的重要作用，要求改革慢性病医保支付方式，健全医保支撑体系[1]。2020 年 2 月，中共中央、国务院出台《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出建立管用高效的医保支付机制，推进门诊特殊慢性病按人头付费。慢性病是当前影响国家经济社会发展的重大公共卫生问题，慢性病按人头付费改革将助力健康中国战略的实现，成为当前我国医保支付方式改革的必然趋势。

我国现有的慢性病医保制度多是对患者费用进行事后补偿，只起到被动付账，被动控制风险的作用[2]。不合理的医保制度使慢性病的医保费用增长速度加快，给基本医疗保险基金带来沉重的压力。而重治疗轻预防的医疗模式使健康管理和慢性病的预防不受重视，患者依从性差，慢性病患病率增高。按人头付费的支付方式是一种预付制，是医保部门根据医疗机构的服务人数，计算出人均定额标准，根据该医疗机构的收支情况，通过以收定支确定基金总额，定期向医疗机构预先支付医疗费用，采用“按年预付，年终考核，结余奖励，超支分担”的模式[3]。这种支付方式一方面有利于医疗机构控制医疗费用，另一方面有助于形成以健康为导向的医疗模式，激励医务人员为参保人提供高质量的慢性病管理服务，从而达到有效控制慢性病，增进健康的目的[4]。

许多国家已采用按人头付费的支付方式控制医疗费用的上涨，比如英国将按人头付费支付方式用于家庭医生守门人制度[5]；美国 HMO 模式下“管理式医疗”也采用按人头付费的支付方法[6]；东南亚一些发展中国家，比如泰国采用的“30 泰铢计划”等[7]。我国一些地区也开始进行慢性病管理与医保支付方式的探索，比如天津市实施慢性病门诊特殊病种按人头付费方式[8]；镇江市探索多元复合慢性病医保支付方式[9]；常德配合首诊制度进行按人头付费[10]；浙江金华实施医保门诊按人头包干结合 APGs 点数法付费改革[11]等。国内外慢性病按人头付费的实践均为本研究提供了有益的借鉴。本研究将以北京市 C 区和 H 区为例，通过医疗、医保等基本医疗数据和基本公共卫生服务经费的分析，测算基层门诊主要慢性病按人头付费的标准，为推进门诊慢性病按人头付费改革提供参考。

1　资料与方法

1.1 研究现场的选择 有研究显示，郊区和城区慢性病患者疾病特征与就医行为存在差异。因此，本研究在北京市城区和郊区各选取一个区为研究现场，其中城区选取 C 区，郊区选取 H 区。北京市 C 区于 2011 年通过验收，成为国家首批 39 个慢病示范区之一。C 区在建立国家慢病综合防控示范区期间开展了多项慢病防控工作，其中包括建立了包括组织、资金等在内的保障措施；开展了社区诊断及多项慢性病监测工作；开展健康教育与健康促进活动，以“35 岁以上人群首诊测血压”、“家庭医生式服务”等为切入点，开展高危人群发现与干预活动；以高血压、糖尿病及体重自我管理小组为切入点，开展患者管理工作[11]。北京市 H 区于 2013 年和 2017 年先后创建了“北京市慢性病综合防控示范区”、“国家慢性病综合防控示范区”。该区以创建国家级慢性病综合防控示范区为契机，在慢性病综合防治工作中进行了有益探索，包括政府成立示范区建设领导小组，建立多部门协作联动机制，慢性病防控工作纳入经济社会发展规划，各部门将慢性病防控融入政策规章制度，建立有效的绩效管理及评价机制等。在区卫健委组织下，建立以区卫健委社管中心、区疾控中心慢病科、区三家二甲医院为龙头、16 家社区卫生服务中心为纽带、社区站或村卫生室为网底，防治结合、分工协作、上下联动的慢性病综合防控体系[12]。在社区卫生服务中心和村卫生室开展以健康档案为中心，为社区居民提供预防、保健、健康教育、慢病管理、康复、医疗六位一体的服务，并进行检查指导、评估工作；对区域内高血压、糖尿病等慢性病人进行管理和随访服务。C 区和 H 区近几年来在慢性病防治方面进行了大量的探索和实践，掌握较为全面的慢性病医保相关数据，因此选择以上两个区县作为样本地区。

1.2 研究疾病的选择 根据目前国家和北京市对慢性病管理的要求，主要选择高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中 4 种主要慢性病为研究对象。

1.3 研究所需的资料 收集两个区近 3 年（2017 年-2019 年）以上四种慢性病的发病率、卫生支出、次均补偿费用和个人现金支付费用等指标，对两地的慢性病病例资料的进行整理、分析，为慢性病人头费的测算提供数据支撑（鉴于 2020 年疫情的影响，2020 年数据仅作参考）。

1.4 按人头付费标准的测算方法

1.4.1 基本医疗部分的测算方法 关于门诊统筹筹资总额及基准人头费的计算，世界银行在其报告中推荐了两种方法：自下而上法（Bottom-up costing）和自上而下法(Top-down alloca-tion)。自下而上法通过估计个体卫生服务支出来计算门诊统筹所需资金总量和基准人头费。自上而下法则根据预先确定的比例从医疗保险筹资总额中提取一部分作为门诊统筹资金，然后再根据参保人员总数计算分配到每一个参保个体头上的资金额度（即基准人头费）[14]。

本研究基于两个选点地区的社管中心和社区卫生服务中心慢性病门诊医保基础数据，采用自下而上的方法测算 C 区慢性病基本医疗的人头费的基准费率公式如下：。

① 根据往年数据计算人均发生费用，计算三年平均人均发生费用：

$$\overline{X} = \frac{X_{n-2} + X_{n-1} + X}{3}$$

公式（1）

式中用 $\overline{X}$ 代表 近 3 年某慢性病人均发生费用水平，n 代表年份，Xn、Xn-1、Xn-2 表示近 3 年

人均发生费用[15]。

② 计算基准人头费：

$$M = \overline{X} - D$$

公式（2）

式中 $\overline{X}$ 代表某慢性病近 3 年,年人均发生费用水平，用 M 代表基准人头费，D 代表人员的人均自付金额[16]。

采用自上而下的方法测算 H 区慢性病基本医疗的人头费的基准费率，公式如下：

① 确定基金总额：

基金总额=总费用*报销比例*（1+增速） 公式（3）

② 计算基准人头费：

基准人头费=医保基金总额/某慢性病患病人数 公式（4）

就诊人数=就医人次数/平均就诊次数 公式（5）

1.4.2 基本公共卫生服务中包含内容 慢性病按人头付费的目的是使基层医务人员从注重疾病治疗向注重疾病管理转变，以提升居民的整体健康水平。在疾病治疗模式下，慢性病患者在基层寻求的医疗服务主要是购药服务；在以健康为导向的疾病管理模式下，基层医疗机构当前提供的医疗服务是远远不能满足慢性病患者需求的。基层医疗机构不仅要为慢性病患者提供医疗服务，还要为慢性病患者提供健康教育、健康体检、健康监测等健康管理服务。基于前期的文献研究和实地研究，在国家基本公共卫生项目中包含慢性病健康管理服务的内容，因此在进行慢性病按人头费用测算时，将包括基本公共卫生服务项目中针对慢性病管理的部分费用，也包括目前北京市针对家庭医生签约服务中对于重点人群（慢性病患者）补偿服务的费用。另外，为了早发现慢性病患者，并对其病情进行及时干预，也应包含针对不同慢性病的定期辅助检查项目。

1.4.3 慢性病按人头付费测算标准 综上，慢性病人头费标准应该是基本医疗的基准人头费、基本公共卫生服务项目中慢性病管理相关经费、家庭医生签约服务费和慢性病患者定期辅助检查产生费用之和。公式如下：

慢性病人头费标准 = 基本医疗的基准人头费+基本公共卫生服务项目中慢性病管理相关经费+家庭医生签约服务费+慢性病患者定期辅助检查费用 公式（6）

2 结果

2.1 C 区基本医疗基准人头费测算

2.1.1 C 区慢性病管理基本情况 C 区位于北京市主城区中南部，有常住人口 345 万人。其中，男性人口占 49.4%；女性人口占 50.6%。60 岁及以上人口为 708869 人，占 20.5%。2014 年 C 区 18 岁以上居民糖尿病患病率 14.9%；18 岁以上居民的高血压患病率为 37.2%[17]。2019 年 C 区卫生服务中心服务范围内各个年龄组的慢性病患病人数如图 1 所示。从图中可以看出，4 种慢性病患病人群中 60-74 岁的人群占比最大，其次是 45-59 岁和 75-89 岁。

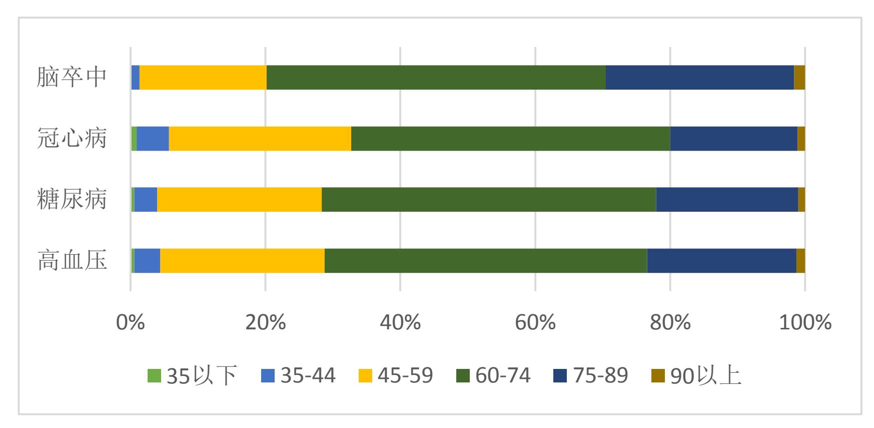


图 1　2019 年 C 区高血压患者各年龄组构成

Figure　1 Composition of age groups of hypertensive patients in area C in 2019

2.2.2　自下而上法测算 C 区慢性病门诊基准人头费　根据 C 区社区管理中心提供 2017-2019 年的数据，计算三年各慢性病的人均费用。因为 2020 年受疫情影响，门诊发生费用与非疫情期间不同，所以未采用 2020 年的数据计算人均费用。

表 1　2017-2019 年度高血压、糖尿病、冠心病和脑卒中门诊人均发生费用（元）

Table 1 per capita outpatient expenses of hypertension, diabetes, coronary heart disease and stroke in 2017-2019 (yuan)

年份	高血压	糖尿病	冠心病	脑卒中
2017	2804.11	3301.75	953.73	1077.98
2018	3476.56	4213.21	1533.69	1342.18
2019	3481.15	4509.17	1772.97	1773.11
年人均发生费用 $\overline{X}$	3253.94	4008.04	1420.13	1397.76

根据公式（1）计算得 C 区近三年高血压门诊人均费用为 3253.94 元，糖尿病门诊人均费用为 4008.04 元，冠心病门诊人均费用为 1420.13 元，脑卒中门诊人均费用为 1397.76 元。

表 2　2017-2019 年高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中人均自付金额（元）

Table 2 per capita self payment amount of hypertension, diabetes, coronary heart disease and stroke from 2017 to 2019 (yuan)

年份	高血压	糖尿病	冠心病	脑卒中
2017	568.55	600.15	166.47	185.64
2018	725.74	816.15	298.13	248.33
2019	790.01	924.94	375.99	316.33
人均自付金额 D	694.77	780.41	280.20	250.10

根据公式（2）计算出 C 区高血压基准人头费 2559.18 元，糖尿病的基准人头费为 3227.63 元，冠心病为 1139.93 元，脑卒中为 1147.66 元。

2.2　H 区基准人头费测算

2.2.1　H 区慢性病管理基本情况　H 区属于北京远郊区县，位于北京市东北部，常住人口 44 万人，其中，男性人口 53.3%；女性人口为占 46.7%，60 岁及以上人口为 86216 人，占 19.5%。根据 2016

年的调查，H 区成年居民 4 种慢性病的患病率顺位依次是高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中，患病率依次是 49.19%（标化率为 31.57%）、17.12%（标化率为 12.32%）、9.10%（标化率为 5.94%）、5.93%（标化率为 3.58%）。2015 年 6 月国务院新闻办公室发布《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》指出，全国 18 岁及以上成人高血压患病率为 25.2%，糖尿病患病率为 9.7%。H 区 18 岁及以上居民高血压的患病率和糖尿病患病率均高于国家水平，H 区慢性病预防管理刻不容缓[18]。

2.2.2 自上而下法测算 H 区慢性病门诊基准人头费 本研究根据 2020 年 H 区某社区卫生服务中心 4 种慢性病的发生费用乘以报销比例和增速，估算 H 区慢性病医保基金总额。根据 H 区医保局给出的数据，2019 年社区医院门诊费用增速为 8%。2021 年北京市社区医院门诊医保报销比例是 90%。

表 3 高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中医保基金总额（元）

Table 3 total TCM insurance funds for hypertension, diabetes, coronary heart disease and stroke (yuan)

	高血压	糖尿病	冠心病	脑卒中
总费用	8849444.15	9618573.61	587316.93	471317.42
医保基金总额	8601659.71	9349253.55	570872.06	458120.53

根据公式（3）计算出 2021 年预测 H 区高血压医保基金总额为 8601659.71 元，糖尿病医保基金总额为 9349253.55 元，冠心病医保基金总额为 570872.06 元，脑卒中医保基金总额为 458120.53 元。

一般情况下慢性病患者会每个月到社区卫生服务中心就诊开药，但是 2020 年受疫情影响，北京市在疫情期间推出了慢性病长处方服务。2020 年 2 月 20 日，国家医保局发出通知，对高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病、慢阻肺等病情稳定需长期服用同一类药物的患者，一次可开具不超过 12 周的长期处方。估算出 2020 年平均就诊次数为 7 次。

表 4 高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中的基准人头费

Table 4 benchmark capitation cost of hypertension, diabetes, coronary heart disease and stroke

	高血压	糖尿病	冠心病	脑卒中
基金总额	8601659.71	9349253.55	570872.06	458120.53
人次数	25426	16934	1310	867
患病人数	3632.29	2419.14	187.14	123.86
基准人头费 M	2368.11	3864.70	3050.46	3698.78

根据公式（4），采用自上而下的方法测算出 H 区高血压基准人头费为 2368.11 元，糖尿病的基准人头费为 3864.70 元，冠心病 3050.46 为元，脑卒中为 3698.78 元。

2.3 基本公共卫生经费 2.3.1 基本公共卫生服务项目经费

2014 年以来我国基本公共卫生经费逐年增长，人均费用由 2014 年的 35 元/人，增长到 2021 年的 79 元/人，提供服务的范围也越来越广泛全面。目前我国基本公共卫生服务有 14 项内容，其中慢性病按人头付费服务包应包括基本医疗和基本公共卫生服务项目中的健康档案管理、健康教育、健康体检、慢性病健康管理等内容。

2.3.2 家庭医生签约服务费用 在 2019 年北京市人力资源和社会保障局、北京市财政局和北京市

卫生健康委员会联合发布的《关于完善基层医疗卫生机构绩效工资政策保证家庭医生签约服务工作的通知》中，将家庭医生签约服务的签约居民分为重点人群和普通人群。儿童、孕产妇、65 岁以上老年人、慢性病患者、重性精神病患者为重点人群。2019 年重点人群签约服务费为 70 元/人年。

2.3.3 不同慢性病种的定期辅助检查项目费用 慢性病患者定期辅助检查应该包含在基本公共卫生中的慢性病健康管理项目中。对于稳定期或者康复期慢性病患者，他们的共同特点是需要长期吃药和定期进行健康监测。不同慢性病的康复或者治疗方案是不同的，需要定期进行的辅助检查项目也是不同的。根据文献和专家访谈，确定不同慢性病患者需要的辅助检查费用。每项检查的费用标准参考北京市医保局官方网站给出的医疗服务价格标准。

根据《国家基层高血压防治管理指南（2020 版）》[19]，建议所有高血压患者每年应进行 1-2 次评估，必要的辅助检查包括血常规（15 元）、尿常规（35 元）、生化三项（12 元）、动态心电图（200 元）。有条件者可选做动态血压监测（150 元）、超声心动图（300 元）、颈动脉超声（220 元）、尿白蛋白/肌酐比（100 元）、X 线胸片（140 元）、眼底检查（6 元）等。按每年进行两次高血压评估，计算出每年高血压患者需要的辅助检查费用是 2176 元。

《国家基层糖尿病防治管理指南（2018）》[20]中，建议至少每周测一次空腹血糖以及餐后两小时血糖（6 元），每三个月查一次糖化血红蛋白（80 元）。针对糖尿病肾脏病变，推荐基层医疗卫生机构为所有糖尿病患者每年至少进行一次肾脏病变筛查，包括尿常规（35 元）和血肌酐（20 元）测定。有条件的地区开展 UACR 检测（100 元）。对于眼底病变，糖年病患者每半年做一次眼底检查（6 元），包括眼底荧光造影（400 元）和彩色多普勒超声造影（40 元）。对于血管病变的情况，建议每年做一次血管超声，包括颈动脉超声（380 元），双下肢动脉超声（290 元），头颅 CT（400 元）以及腹部超声（140 元）和 4 年一次心脏 CT（300）。糖尿病患者如果定期做比较系统全面的检查，费用在元 2584 元。

对于病情稳定的冠心病患者，《稳定性冠心病基层诊疗指南（2020 年）》[21]中推荐 3-6 个月复查一次，建议冠心病患者定期做的辅助检查包括：血常规（15 元），甲状腺功能（180 元），心电图检查（200 元），胸部 X 线检查（120 元），超声心动图检查（300 元）。按每 4 个月复查一次，冠心病患者每年的辅助检查费用是 2445 元。

《中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2018）》[22]建议病情稳定的后遗症期脑卒中患者，每 6 个月复查血常规（15 元）、血脂四项（60 元）、肝功能（220 元）、颈部血管彩超（300 元）、脑部核磁共振（700 元）。脑卒中患者每年辅助检查费用合计为 2590 元。

2.4 C 区和 H 区人头费标准

表 5 两地四种慢性病人头费标准

Table 5 standard of initial fee for four kinds of chronic patients in two places

	高血压	糖尿病	冠心病	脑卒中
H 区	4693.11	6597.70	5644.46	6437.78

C 区	4884.18	5960.63	3733.93	3886.66

根据公式（6）测算出 H 区高血压人头费标准为 4693.11，糖尿病为 6597.70 元/人，冠心病为 5644.46 元/人，脑卒中为 6437.78 元/人；C 区高血压人头费标准为 4884.18，糖尿病为 5960.63 元/人，冠心病为 3733.93 元/人，脑卒中为 3886.66 元/人。

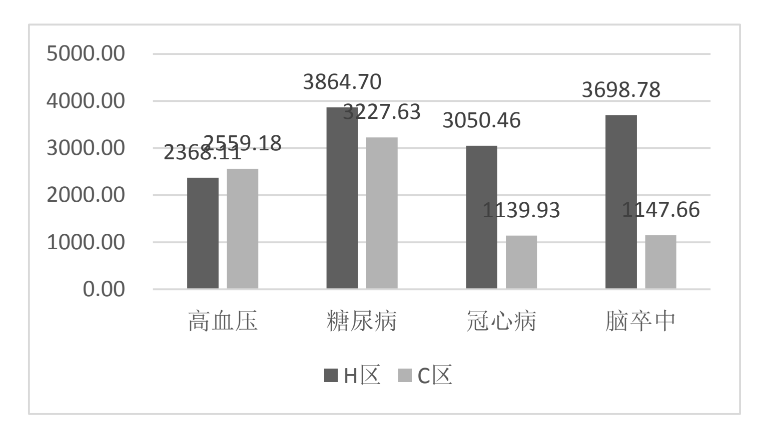


图 2 两地四种慢性病基准人头费比较

Figure 2 Comparison of benchmark capitation cost of four chronic diseases between the two places

3 讨论

3.1 四种慢性病基准人头费比较 从图 2 可以看出，H 区和 C 区糖尿病、高血压的基准人头费相差不大，但是冠心病和脑卒中的基准人头费 H 区远高于 C 区。可能是因为高血压、糖尿病患者更倾向到社区医院就诊，冠心病、脑卒中患者更倾向去二、三级医院就诊。H 区是北京的远郊区，医疗资源相对较少。C 区位于城区，医疗资源相对较丰富，二、三级医院较多，所以 C 区冠心病、脑卒中的患者选择去大医院就诊，社区医院产生的费用少。但是患病人数是固定的，所以测算的基准人头费低于 H 区。有研究显示，城市慢性病患者更倾向去大医院就诊，可能是由于城区慢性病患者的收入较高，同时在城区有一半以上的慢性病患者医保为城镇职工医疗保险或公费医疗，所以城区慢性病患者对社区医疗费用经济的认可度低于近郊区慢性病患者，导致城区慢病患者社区首诊意愿要低于近郊区的慢性病患者[17]。

3.2 影响人头费标准测算的因素 人头费的测算方法会影响直接人头费的测算基准。本研究采用了自下而上和自上而下两种方法测算了不同地区的人头费，这两种方法各有利弊。自下而上法通过估计个体卫生服务支出来计算门诊统筹所需资金总量和基准人头费。这种方法更加符合实际卫生支出情况，但是实际上，个人卫生服务支出可能比慢性病患者实际需要的卫生支出少，原因可能是患者维护健康的意识弱、地区内医疗资源少、地区内经济欠发达等原因。自上而下法则要先确定资金总量，根据参保人员总数计算基准人头费。总额预付制是自上而下法测算人头费标准的前提，基金总量的测算是否合理会影响慢性病按人头付费标准测算。测算 H 区的基准人头费采用自上而下法，这是因为 H 区开展了基本医疗保险付费总额控制，比较容易确定资金总量。

此外，慢性病基本医疗发生的费用，会根据不同人群的年龄、性别、健康状况等因素而产生差别，因此，根据不同慢性病患者的健康状况、是否患有两种及以上慢性病、所在地区、历史医疗费用对人

头费进行风险调整。特定危险因素与慢性疾病发病率和死亡率之间关系的流行病学证据是选择所研究的慢性病危险因素的基础，可以针对不同人群的风险大小，使用回归模型对“人头费”进行风险调整。学者艾丽唤在以深圳为例的基于风险调整的人头付费标准测算研究中通过两部模型选择风险调整因素，通过逻辑回归模型得到参保者参保期间内影响个体门诊就诊概率的因素，包括性别、年龄、档次和所在社区健康服务中心和有无慢病或大病[14]。美国 HMO 模式中按人头付费支付方式将年龄、性别、收缩压水平、血清胆固醇水平、葡萄糖耐受水平、左心室肥厚、是否吸烟、性别与葡萄糖耐受状态的相互作用以及年龄与胆固醇的相互作用作为衡量个人健康状况的指标[23]。在慢性病按人头费测算的风险调整中，还应该考虑到慢性病的严重程度和共病问题。不同程度的疾病花费相差很大，所以应该在定义服务包时，将慢性病人群按严重程度分类。慢性病严重程度不一样，支付标准不一样，但每个患者患病的严重程度的标准难以界定，且数据获取比较困难。另外，在确定按人头付费服务包时，还应该考虑患者同时患有多种慢性病的问题，应该对其人头费标准做出相应的调整，以保证医保的公平和避免患者重复购买卫生服务。

4 建议

4.1 为不同的慢病患者提供个性化的基本医疗和公共卫生服务包　不同的慢病人群需要的卫生服务不同，因此需要根据慢性病的病种和严重程度设计个性化的服务项目，比如脑卒中，由于每位患者的预后不一样，并发症不一样，需要定期的辅助检查和复诊的治疗项目也不同，费用差别比较大。因此，应该根据慢性病的病种和严重程度设计个性化的按人头付费服务包，从个体水平上调整不同慢性病的按人头支付费用标准。

4.2 进一步提升社区卫生服务机构的慢性病管理与服务能力以提高签约率　目前大部分社区卫生服务机构服务能力不强，服务水平不高，不能满足现在患者的需求[24]，导致患者对其信任度不高，即便生了小病患者也要到大医院去看。基层首诊制是实施按人付费的基础，只有将家庭医生签约服务和按人头付费融合，社区家庭医生在依托基层、深入社区的情况下，发挥其贴近居民的距离优势和了解居民病情的情感优势，通过提供主动、连续的诊疗服务和健康管理服务，增强居民对基层的信任。在居民与基层医疗机构建立契约服务关系基础上，探索符合居民需求的个性化签约服务包，满足居民的健康需求，增强居民对基层医疗机构的依从性。按人头付费的机制是患者选择医疗机构的过程，因此基层医院要想增加按人头付费的医保经费，只能提升自身的服务水平和慢性病健康管理能力才能提高患者的签约率，使有限的“人头费”发挥最大的效用[25]

4.3 建立有效的全科医生激励和考核机制合理分配按人头付费的结余　从 2019 年北京市卫生健康委员会《关于完善基层医疗卫生机构绩效工资政策保障家庭医生签约服务工作的通知》提出建立基层绩效工资增长机制，建立家庭医生签约服务奖励机制、完善分级绩效考核来提高社区卫生服务的能力和水平。在按人头付费“按年预付，年终考核，结余奖励，超支分担”的模式下，可以促进医疗机构加强对慢性病患者的管理，延缓慢性病患者疾病的发生和发展，最终达到节约医保基金的目的，提高

患者的健康水平。当医疗机构提升了参保人员的健康水平，会使服务量减少，按人头付费基金就会有所结余。因此，健全与门诊按人头付费相匹配的考核办法，有建立有效的基金结余分配机制，从而将家庭医生服务和按人头付费的签约管理进行整合，协同推进支付方式改革与家庭医生签约服务的高质量发展。

【参考文献】

[1]《健康中国行动(2019-2030)》[J].中国组织工程研究,2020,24(36):5905.

[2]陈志鹏,杨金侠.医保支付促进慢性病管理的国际经验及启示[J].卫生经济研究,2021,38(02):38-40.

[3]董明媛. 门诊统筹的按人头付费方式研究[D].武汉大学,2015.

[4]卢春柳,磨静佳.从慢性病的健康管理角度加强医保费用管理[J].中国社区医师,2020,36(08):184-185.

[5]丁赛尔.英国医药费用支付制度的发展现状[J].中国医疗保险,2012(06):68-70.

[6]胡苏云,刘忆民.美国管理医疗模式的特色和利弊[J].中国卫生资源,1999(04):46-47.

[7]刘玉娟.泰国“30 铢计划”对我国医疗保险的启示[J].卫生经济研究,2011(04):45-47.

[8]朱铭来,王恩楠,邱晓禹.天津市糖尿病按人头付费改革效果评估[J].中国卫生经济,2021,40(02):26-29.

[9]林枫,王海荣.镇江市慢性病管理与医疗保险支付方式探索[J].中国卫生资源,2014,17(03):211-212.

[10]蔡高晨,董朝晖.按人头付费的“常德模式”[J].中国社会保障,2014(02):76-79.

[11]浙江金华：“APG 点数法”促医保基金改革[J].中国人力资源社会保障,2021(05):19-20.

[12]王佳. 北京市朝阳区国家慢病综合防控示范区近期效果评价[D].郑州大学,2017.

[13]张武力.北京市怀柔区慢性病防治管理机制探讨[J].慢性病学杂志,2014,15(08):654-657.DOI:10.16440/j.cnki.1674-8166.2014.08.002.

[14]艾丽唤,吴荣海,肖黎,张治国.基于风险调整的基本医疗保险门诊统筹按人头付费标准测算研究——以深圳市为例[J].中国卫生政策研究,2017,10(09):39-45.

[15]江芹,张振忠,赵颖旭,于丽华,郎婧婧,常欢欢.对“按人头付费”原理及设计的思考[J].中国卫生经济,2013,32(01):34-38.

[16]刘明瑶. 糖尿病按人头付费支付方式改革对医保费用影响效果分析[D].天津大学,2014.

[17]邓明,张柠.北京市朝阳区城区和近郊区慢性病患者社区就诊情况对比研究[J].中国全科医学,2018,21(16):2013-2016.

[18]刘玉清,刘羽.2016 年北京市怀柔区成人慢性病及其危险因素调查分析[J].慢性病学杂志,2018,19(05):554-557.

[19]国家基层高血压防治管理指南2020版[J].中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(04):26-37.
[20]国家基层糖尿病防治管理指南(2018)[J].中华内科杂志,2018,57(12):885-893.
[21]稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)[J].中华全科医师杂志,2021,20(03):265-27
[22]彭斌,吴波.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(09):666-682.
[23] Schauffler H H , Howland J , Cobb J . Using chronic disease risk factors to adjust Medicare capitation payments.[J]. Health Care Financ Rev, 1992, 14(1):79-90.
[24]梁鸿,贺小林.社区卫生服务门诊统筹政策的比较分析[J].中国卫生政策研究,2011,4(04):9-15.
[25]冯毅.我国门诊统筹"按人头付费"实施现状及改革路径[J].卫生经济研究,2016(04):45-47.